Provincia di _____

Allegato D.

Dati Lavoratore				Tipologia contributo *				Soggetti destinatari *		Giusitificativi Spesa
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	CPI	VOUCHER FORMATIVO	VOUCHER INTEGRATIVO	DOTE FORMATIVA	INDENNITA' DI TIROCINIO	PERSONA	IMPRESA	

* Inserire una "X" in ciascuna casella scelta.